



## ORIGINALES

### Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana

Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area

María Pilar Molés Julio <sup>1</sup>

Aurora Esteve Clavero <sup>2</sup>

María Vicenta Lucas Miralles<sup>3</sup>

Ana Folch Ayora <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermería. Universidad Jaime I. Castellón de la Plana. España. [mjulio@uji.es](mailto:mjulio@uji.es)

<sup>2</sup> Consejería de Sanidad. Castellón de la Plana. España.

<sup>3</sup> Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castellón de la Plana. España.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

Recibido: 12/03/2018

Aceptado: 30/07/2018

### RESUMEN:

**Introducción:** La presencia de síntomas depresivos en los mayores es un problema importante de salud, se puede considerar como la alteración de la salud mental, más frecuente en ancianos en los países desarrollados. Se asocia al sufrimiento y a un incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados en personas mayores de 75 años de la ciudad de Castellón de la Plana.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico, realizado mediante cuestionario sobre una muestra de 400 individuos mayores de 75 años residentes en la comunidad, que fueron seleccionados mediante muestreo intencionado durante el año 2015.

**Resultados:** Prevalencia de síntomas depresivos 30,5%, las mujeres los presentan en mayor proporción (40,1%). Los mayores que viven solos presentan en mayor medida síntomas de depresión 26,6% frente al 16,1% ( $p=0,011$ ). La buena autopercepción de la salud se relaciona con menor proporción de síntomas depresivos y en relación a la fragilidad, los individuos no frágiles presentan síntomas depresivos en menor proporción (12,1%) que los frágiles (30,8%) y los prefrágiles (57%)  $p<0,05$ . Los aspectos negativos en las relaciones sociales obtienen una puntuación media menor (0,003) en los individuos sin síntomas depresivos ( $p=0,006$ )

**Conclusiones:** Existe asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el sexo, autopercepción de salud, convivencia y fragilidad.

**Palabras clave:** Depresión, Anciano, anciano frágil, factores de riesgo.

### ABSTRACT:

**Introduction:** Depression in older adults is a major health problem, and it is considered the most common psychiatric disorder among this population in developing countries. It is associated with suffering and increased prevalence and poor evolution of health problems. The aim of the present study

was to determine the prevalence of depression and related factors in people over the age of 75 years in the city of Castellón de la Plana, Spain.

**Methodology:** This was an observational, cross-sectional, and analytical study in which a questionnaire was administered to a sample of 400 community-dwelling older adults over the age of 75 and who were selected using purposive sampling in 2015.

**Results:** the overall prevalence of depression symptoms was 30.5%, a percentage higher among women (40.1%). Older adults living alone presented more symptoms of depression, 26.6% compared with 16.1% ( $p = 0.011$ ). Good self-perceived health was related to fewer depression symptoms. Non-frail individuals presented lower rates of depression symptoms (12.1%) than frail (30.8%), and pre-frail individuals (57%)  $p < 0.05$ . Negative aspects in social relationships showed a lower mean score (0.003) in individuals without depression symptoms ( $p = 0.006$ ).

**Conclusions:** There is a link between the presence of depression symptoms and gender, self-perceived health, living condition, and frailty.

**Key words:** Depression; Older adults; Frail older adults; Risk factors.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se ve influido no sólo por los cambios bio-psico-sociales, sino por otros contextos multidimensionales como la situación económica, estilo de vida, satisfacciones personales, enfermedades padecidas, sufrimiento acumulado y el factor genético<sup>(1)</sup>.

El concepto de depresión, recoge la presencia de síntomas afectivos, cognitivos, volitivos y somáticos que afectan sobre todo a la esfera afectiva<sup>(2,3)</sup>. La forma en que se presentan cuadros depresivos en la población mayor puede ser variable: en forma de enfermedad recurrente que proviene de edades previas a la vejez, bien como una depresión de aparición reciente, en forma de trastorno del estado de ánimo secundario a una condición médica general, o como síntomas relacionados con el humor secundarios al uso de medicaciones. Al igual que en otros grupos de edad, la depresión proviene probablemente de una compleja interacción multidireccional de factores biológicos, psicológicos (incluyendo la personalidad) y sociales<sup>(4)</sup>. El diagnóstico de depresión se plantea a partir de datos observados y de la sintomatología referida por la persona, en base a los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). Aunque son numerosos los estudios de base poblacional realizados mediante la identificación de síntomas depresivos utilizando escalas de cribado, una de las más utilizadas es la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D)<sup>(5-7)</sup>.

La depresión en los mayores es un problema importante de salud, se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud<sup>(8)</sup>. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial<sup>(9)</sup>. Sin embargo, en un estudio europeo realizado con personas que viven en la comunidad es del 12,3% aunque se observan diferencias entre países orientales y occidentales<sup>(10,11)</sup>, mientras que en el caso de España se sitúa en el 14%<sup>(12)</sup>. La prevalencia de depresión mayor (episodios recurrentes) en adultos mayores que viven en la comunidad está entre el 1 y el 5%<sup>(13)</sup>.

Se han identificado algunos factores de riesgo específicos de depresión en los ancianos como son: comorbilidad, trastornos neurológicos, factores psicosociales, apoyo social y estresores de la vida<sup>(14)</sup>. Conocer los factores asociados a esta

patología en nuestro entorno, nos permitirá diseñar acciones dirigidas a mejorar la salud de las personas mayores.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de la depresión y factores asociados en personas mayores de 75 años de la ciudad de Castellón de la Plana.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño, lugar de estudio y periodo**

Estudio observacional transversal y analítico realizado en la ciudad de Castellón de la Plana durante 2015, en el cual se obtuvo información relativa a factores relacionados con la depresión, mediante entrevistas individuales realizadas con la “encuesta Fralle”<sup>(15)</sup>.

### **Población y muestra. Criterios de inclusión y exclusión**

La población está formada por individuos mayores de 75 años que pertenecen a la comunidad (12.711 personas). Se incluyeron personas de ambos sexos, residentes en viviendas familiares, con tarjeta sanitaria y que expresaron su conformidad en participar en el estudio, y personas con deterioro cognitivo con acompañante (en este caso las preguntas del cuestionario que reportan datos subjetivos no se formulan).

Se excluyeron personas en fase terminal, institucionalizadas, personas con deterioro cognitivo sin acompañante y aquellas que no quisieron participar.

Se realizó el cálculo del tamaño muestral para un nivel de confianza de 95% y una precisión de un 5%, se eligió la postura de máxima indeterminación ( $p=0,5$ ) obteniéndose un tamaño muestral  $n=373$ . Previendo una pérdida del 10% (cuestionarios erróneos o individuos citados que no acudan a la entrevista), el tamaño muestral quedó fijado en  $n=414$ . Se realizó un muestreo intencionado, en el que, durante el año 2015, las enfermeras de los equipos de atención primaria participantes en el estudio, captaron a los individuos en sus consultas o por teléfono.

Finalmente se obtuvo una muestra  $n= 400$ , que se conformó con individuos adscritos a siete de los nueve centros de salud del departamento. Este número, junto a la distribución de las características socio-demográficas de los centros que participaron, asegura la representatividad de la muestra.

### **Protocolo del estudio**

Como se ha señalado, para la recogida de datos se utilizó la “encuesta Fralle”<sup>(15)</sup> diseñada a partir de cuestionarios validados para un estudio sobre la población mayor no institucionalizada en Lleida. Esta encuesta consta de una batería de 170 preguntas distribuidas en 9 dimensiones y mide, entre otros factores, las relaciones sociales, la autopercepción de la salud, la salud general y los síntomas depresivos.

## **Variables objeto de estudio**

### **Variable dependiente**

Presencia de síntomas depresivos, medidos por la escala The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) <sup>(5)</sup> que consta de 20 preguntas y estudia los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva en la población. Su rango es de 0 a 60, y puntuaciones altas indican mayor sintomatología depresiva: puntuaciones  $\geq 16$  se asocian a trastorno depresivo.

### **Variables independientes**

Socio-demográficas: convivencia, ingresos mensuales, nivel de estudios y sexo. La variable convivencia se midió mediante dos ítems: “solo” para personas que viven solas en su domicilio y “acompañado”. La variable ingresos mensuales consta de dos categorías, <900 euros, y > de 900 euros mensuales junto a la opción de no responder. La variable nivel de estudios se midió mediante los ítems “No saber leer ni escribir”, “No acabó los estudios primarios”, “Estudios primarios”, “Secundarios de primer grado”, “Secundarios de segundo grado” y “Estudios universitarios”, que posteriormente se categorizó en “Sin estudios” (No saber ni escribir o No acabó los estudios primarios) o “Con Estudios” (Estudios primarios o Secundarios de primer grado o Secundarios de segundo grado o Estudios universitarios).

Autopercepción del estado salud, se midió mediante una pregunta sobre percepción de salud general, con cuatro opciones de respuesta: excelente, muy buena, buena, regular o mala; con posterioridad a la entrevista se transformó en dos categorías: buena (incluye las opciones positivas: excelente, muy buena, buena) y mala (incluye las opciones de respuesta negativas: regular o mala).

Fragilidad, definida según los criterios de Fried et al.<sup>(16)</sup>: pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, cansancio, lentitud de la marcha y nivel bajo de actividad física. Considerando “frágil” si se cumplen 3 o más criterios de fragilidad, “prefrágil” si se cumplen uno o 2 criterios y “no frágil” cuando no se cumple ningún criterio.

Relaciones sociales, se midieron mediante el cuestionario “Envejecer en Leganés” diseñado y adaptado a la población española para el estudio de Leganés, siguiendo el modelo conceptual de Berkman y Glass <sup>(17)</sup>. Se obtuvo información sobre la estructura de la red social y sobre los mecanismos psicosociales que participan en las redes sociales<sup>(18)</sup>. A partir de estas preguntas sobre relaciones sociales se construyeron las siguientes variables:

Redes sociales:

- Índice de vínculos familiares con contacto (Rango puntuación de 0-3)
- Índice de actividades comunitarias (Rango de puntuación de 0-4)
- Índice de diversidad de la red: Incluye los dos anteriores y el contacto con amigos (rango 0 - 8)

Mecanismos Psicosociales de las relaciones sociales:

- Índice de apoyo emocional recibido (media obtenida de la puntuación de las escalas de apoyo emocional de los cuatro vínculos familiares)
- Índice del rol del individuo (media de la puntuación obtenida de las escalas de rol del individuo en la vida de los vínculos familiares y amigos).
- Índice de los aspectos negativos (media obtenida de la puntuación de las escalas de aspectos negativos para cada uno de los vínculos hijos, familia extendida, amigos y cónyuge).

### **Consideraciones éticas**

Previamente al comienzo del estudio, se obtuvo el permiso de los autores de la “Encuesta FRALLE” para la réplica del estudio en la ciudad de Castellón. El Comité Ético de Investigación Clínica del departamento de salud de Castellón informó favorablemente la solicitud del proyecto del estudio y las personas encuestadas firmaron el consentimiento informado. Se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los datos de acuerdo a la legislación vigente.

### **Análisis de los datos**

El análisis estadístico descriptivo se realizó con medidas de tendencia central y porcentaje de frecuencias.

Para el análisis bivalente de los factores asociados a la depresión se utilizó la chi-cuadrado de Pearson para variables cualitativas y la t-Student para variables cuantitativas; se estableció un nivel de significación  $p < 0,05$ .

Se valoró el nivel de no respuesta (aquellas personas que optaron por no responder alguna de las preguntas de la encuesta o las personas con deterioro cognitivo), teniendo en cuenta que según Demaio<sup>(19)</sup>, cuando el nivel de la no respuesta se sitúa por debajo del 10% puede realizarse inferencia con los casos disponibles. En el análisis, se ha optado por no utilizar ningún proceso de imputación.

Para analizar la influencia de diversos factores con los síntomas depresivos se realizó un análisis de regresión logística. Se construyeron diferentes modelos de regresión logística introduciendo por pasos las variables de control: el modelo 1 se construyó solamente con la variable sexo, en el modelo 2 se añadió la variable convivencia, en el tercer modelo se introdujeron las variables de estado de salud y relaciones sociales.

Para el análisis de los datos se utilizó la versión 21.0 del programa estadístico SPSS.

## **RESULTADOS**

Se entrevistó a un total de 400 individuos, con una media de edad de 81,29 en un rango de 75 a 96 años. El 46,8% son hombres y el 53,2% mujeres.

El análisis descriptivo por sexo (tabla 1) mostró que el 30,5 % de los individuos presentaban síntomas depresivos, siendo las mujeres quienes los presentaron en mayor proporción (40,1%) frente a los hombres (19,7%). El 78,2% de los individuos

viven acompañados, las mujeres en menor proporción (68,7%) que los hombres (88,9%). En relación al nivel de estudios el 51,8% de los individuos no tienen estudios secundarios.

**Tabla 1. Descripción de la muestra por sexo: recuento (n) y frecuencia (%)**

		Sexo						P
		Total		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	<85	315	78,8	142	75,1	173	82	0,094
	≥85	85	21,3	47	24,9	38	18	
Convivencia	Solo	87	21,8	21	11,1	66	31,3	0,000
	Acompañad o	313	78,2	168	88,9	145	68,7	
Nivel de estudios	Sin estudios	206	51,8	93	49,2	113	54,1	0,333
	Con estudios	192	48,2	96	50,8	96	45,9	
Ingresos mensuales*	<900	135	41,5	46	29,9	89	52	0,000
	≥900	190	58,5	108	70,1	82	48	
	Prefiere no contestar	71	17,9	34	18,1	37	17,8	
Autopercepci ón del estado de salud	Buena	236	62,9	125	71,4	111	55,5	0,001
	Mala	139	37,1	50	28,6	89	44,5	
Síntomas depresivos	No	257	69,5	139	80,3	118	59,9	0,000
	Sí	113	30,5	34	19,7	79	40,1	
Fragilidad	No frágil	89	22,2	57	30,2	32	15,2	0,001
	Pre-frágil	218	54,5	88	51,9	120	56,9	
	Frágil	93	23,2	34	18	59	28	

Nota: \* Debido al nivel de no respuesta para esta variable (véase Demaio 1980) los valores inferidos podrían no ser representativos de las características de la población.

El 41,5% de los mayores perciben menos de 900 euros al mes, siendo la proporción de mujeres mayor en este grupo.

Respecto a la autopercepción de la salud, el 62,9% de la muestra, la percibe como buena. Las mujeres perciben su salud general como buena en menor proporción que los hombres: 55,5% frente a 71,4%.

Al comparar el estado de fragilidad por sexo se observó que siendo personas frágiles el 23,2% del total de la muestra, las mujeres lo son en mayor proporción que los hombres: 28% frente a 18%.

En el análisis bivalente, entre presentar síntomas depresivos y las variables estudiadas (tabla 2), se observó que, en relación a la edad, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los individuos menores de 85 años y los mayores de esta edad.



**Tabla 2. Síntomas depresivos en función de las variables de estudio: recuento (n) y frecuencia (%)**

		Síntomas depresivos						P
		Total		Si		No		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	<85	315	78,8	169	79	146	78,5	0,907
	≥85	85	21,3	45	21	40	21,5	
Sexo	Hombre	173	46,8	34	30,1	139	54,1	0,000
	Mujer	197	53,2	79	69,9	118	45,9	
Convivencia	Solo	87	21,8	57	26,6	30	16,1	0,011
	Acompañado	313	78,3	157	73,4	156	83,9	
Nivel de estudios	Con estudios	192	48,2	97	45,3	95	51,6	0,210
	Sin estudios	206	51,8	117	54,7	89	48,4	
Ingresos mensuales*	<900	135	34,1	81	38,4	54	29,2	0,126
	≥900	190	48	97	46	93	50,3	
	Prefiere no contesta	71	17,9	33	15,6	38	20,5	
Autopercepción de salud	Buena	236	62,9	97	51,1	139	75,1	0,000
	Mala	139	37,1	93	48,9	46	24,9	
Fragilidad	No Frágil	89	22,3	26	12,1	63	33,3	0,000
	Pre-frágil	218	54,25	122	57	96	51,6	
	Frágil	93	23,3	66	30,8	27	14,5	

Nota: \* Debido al nivel de no respuesta para esta variable (véase Demaio 1980) los valores inferidos podrían no ser representativos de las características de la población.

En relación a la convivencia los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,011$ ): los mayores que viven solos presentaron síntomas depresivos en mayor proporción que los que viven acompañados: 26,6% frente a 16,1%.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas depresivos y los ingresos mensuales percibidos; sucede lo mismo con el nivel de estudios.

Por otro lado, se observó que, en relación a la autopercepción de la salud, los individuos que identificaron su salud como buena no presentaban síntomas depresivos en mayor proporción (75,1%), que los individuos que percibían su salud como mala (24,9%) ( $p=0,000$ ).

En relación a la fragilidad, los individuos no frágiles presentaron síntomas depresivos en menor proporción (12,1%) que los pre-frágiles (57%) y los frágiles (30,8%) ( $p=0,000$ ).

Al analizar los ítems que hacen referencia a las relaciones sociales del individuo (tabla 3), los resultados mostraron que no hay diferencias estadísticamente significativas para los índices de los vínculos familiares, índice de actividades comunitarias, índice de diversidad de la red e índice de apoyo emocional recibido;

aunque se puede observar que las puntuaciones medias obtenidas fueron menores en los individuos que presentaban más síntomas depresivos. Únicamente para el índice que mide los aspectos negativos en las relaciones sociales, la puntuación media fue mayor en el grupo de los individuos con síntomas depresivos, alcanzando la diferencia significación estadística ( $p=0,006$ ).

**Tabla 3. Síntomas depresivos en función de las relaciones sociales: recuento (n) y frecuencia (%)**

	Síntomas depresivos				P
	Si		No		
	Medi a	DE	Medi a	DE	
Índice vínculos familiares	2,38	0,7713	2,32	0,7409	0,444
Índice actividades comunitarias	1,63	1,1624	1,80	1,2020	0,532
Índice de diversidad de la red	4,61	1,8318	4,82	1,7186	0,787
Índice apoyo emocional recibido	1,28	0,6497	1,40	0,6365	0,596
Rol del individuo	1,12	0,7367	1,31	0,6888	0,735
Aspectos negativos relaciones sociales	0,01	0,1330	0,003	0,0623	0,006

En el análisis de regresión logística binaria, que analiza la posibilidad de presentar depresión (tabla 4), se construyeron modelos incorporando paso a paso las variables que obtuvieron significación estadística en el análisis bivalente: sexo, convivencia, fragilidad, autopercepción de salud y aspectos negativos de las relaciones sociales. Se observó que el sexo (mujer), obtuvo resultados estadísticamente significativos en los tres modelos siendo el riesgo de padecer depresión para las mujeres casi el doble que para los hombres (OR: 1,953; IC: 1,159-3,292). Asimismo se observó asociación para la variable convivencia, en el sentido que los individuos que viven acompañados tienen menos riesgo de padecer síntomas depresivos (OR: 0,429; IC: 0,239-0,771). La autopercepción negativa de la salud se asocia a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (OR: 2,582; IC: 1,552-4,295). Se obtuvo una asociación positiva para la variable fragilidad en el sentido que los mayores frágiles tienen un riesgo doble de padecer síntomas depresivos (OR: 2,118; IC: 1,430-3,136). No se obtuvo asociación entre los aspectos negativos de las relaciones sociales y los síntomas depresivos.



**Tabla 4: Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) del modelo de regresión logística binaria que analiza la posibilidad de presentar depresión**

Variable	Depresión		
	OR	IC 95%	P
<b>Modelo1</b>			
<b>sexo</b>	2,737	1,709-4,383	<0,001
<b>Modelo 2</b>			
<b>Sexo</b>	2,451	1,511-3,977	<0,001
<b>Convivencia</b>	0,574	0,338-0,975	0,040
<b>Modelo 3</b>			
<b>Sexo</b>	1,953	1,159-3,292	0,012
<b>Convivencia</b>	0,429	0,239-0,771	0,005
<b>Autopercepción de la salud</b>	2,582	1,552-4,295	<0,001
<b>Fragilidad</b>	2,118	1,430- 3,136	<0,001
<b>Aspectos negativos</b>	2,606	0,208- 32,623	0,458

## DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión estimada en diferentes estudios varía de forma considerable. Los valores obtenidos en el presente trabajo (30,5%) son muy similares a los obtenidos en el estudio realizado en Lleida<sup>(20)</sup> utilizando la misma metodología. No obstante, los resultados más bajos que los obtenidos en los trabajos de Sánchez-García et al.<sup>(21)</sup> y Estrada et al.<sup>(22)</sup>, que utilizaron como instrumento de medida la escala CES-D revisada (56,8% y 47,6% respectivamente). Esto podría deberse a que la escala CES-D modificada ha resultado más sensible para la identificación de síntomas depresivos en la población mayor<sup>(21)</sup>. La variabilidad en prevalencia de depresión podría deberse a no realizar en primer lugar una prueba de cribado con posterior confirmación diagnóstica<sup>(23)</sup>.

En el presente estudio se han observado diferencias en relación al sexo, apareciendo síntomas depresivos en mayor medida en las mujeres, dato coincidente con otros estudios<sup>(20,21,24)</sup> y que podría relacionarse con factores sociales y culturales. En contraposición con autores que afirman que con la edad las diferencias en la prevalencia de depresión entre las mujeres respecto al hombre, disminuye con la edad, como sucede en el estudio de Urbina et al.<sup>(25)</sup>.

En relación con la edad, en la muestra de Castellón no se han encontrado diferencias significativas, a diferencia de lo que ocurre en los estudios sobre las poblaciones de Valle, México y Moscú<sup>(8,21,26)</sup>. Esto podría deberse a que en la muestra de Castellón la proporción de adultos mayores de 85 años es muy baja.

Respecto a la convivencia se ha observado que hay diferencias significativas que determinan que los mayores que viven solos presentan en mayor medida sintomatología depresiva. Esto coincide con los resultados de los trabajos de Zavala-González<sup>(8)</sup> y Domínguez-Sosa<sup>(27)</sup>, Escobar et al.<sup>(20)</sup> y Ferreira y Tavares<sup>(28)</sup>. En la

línea opuesta a los resultados obtenidos, encontramos el estudio de Acosta y García<sup>(29)</sup> donde no se encontraron diferencias significativas, aunque esto podría deberse a que el rango de edad de la muestra estudiada es más amplio.

Los ingresos mensuales percibidos no muestran relación con los síntomas depresivos, aunque estos resultados hay que tomarlos con precaución ya que el porcentaje de pérdidas de esta pregunta es alto, sobre todo teniendo en cuenta que, en la literatura consultada, si que se observa relación entre el factor económico y la depresión<sup>(8,20)</sup>.

La autopercepción positiva de la salud, se asocia a una prevalencia menor de depresión<sup>(22)</sup>, coincidiendo con ello los resultados obtenidos en el presente trabajo. Entendiendo que una percepción buena de la salud se asocia a un mejor estado de salud física, podríamos decir que los resultados son concordantes con los obtenidos por Escobar et al.<sup>(20)</sup> y Kronfly et al.<sup>(30)</sup>.

Se han encontrado diferencias en cuanto al estado de fragilidad en el sentido de que los estados de fragilidad y pre-fragilidad se relacionan con la presencia de síntomas depresivos, coincidiendo los resultados, en este punto, con los de los trabajos de Díaz de León et al.<sup>(31)</sup> y Carlos-Gil et al.<sup>(32)</sup>. Esta relación podría explicarse por el aumento de la vulnerabilidad de los ancianos frágiles y pre-frágiles ante situaciones estresantes<sup>(33)</sup>.

En cuanto a las relaciones sociales en la población de Castellón, aparecen diferencias significativas en lo referente a la percepción negativa que los individuos tienen sobre sus relaciones familiares y amigos. Los resultados están en la línea de los obtenidos por Ferlander et al.<sup>(26)</sup> y Marroquin & Nolen-Hoksema<sup>(34)</sup>. En el mismo sentido Zavala et al.<sup>(8)</sup> describen la asociación entre malas relaciones familiares y mayor riesgo de depresión. No obstante, en el presente estudio no se ha podido establecer el valor predictivo de esta variable.

Los resultados del trabajo constatan que el ser mujer, la percepción positiva de la salud y la fragilidad presentan una fuerte asociación con la presencia de síntomas depresivos, coincidiendo con otros autores<sup>(35,36)</sup>. No se ha observado asociación con los aspectos negativos de las relaciones sociales a pesar de que la literatura la identifique como una variable predictora<sup>(37,38)</sup> pudiendo deberse este hecho a que la muestra del presente trabajo presenta una buena red de apoyo familiar.

Como limitaciones del estudio, señalar que se han producido pérdidas en las respuestas a las preguntas subjetivas de la encuesta, dado que los participantes con deterioro no podían responderlas. El haber realizado el muestreo intencionado, sujeto al deseo de participación de los centros en el estudio, podría influenciar aunque mínimamente los resultados obtenidos. Por otro lado, el diseño transversal del trabajo no permite establecer relaciones causales.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que existe una asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el ser mujer, la autopercepción negativa de la salud, la fragilidad y el vivir solo, coincidiendo con la mayoría de resultados del análisis bivalente.

La prevalencia de síntomas depresivos es elevada: los factores que se asocian a ello son: el sexo, siendo más elevada en las mujeres; la convivencia, de manera que son los mayores que viven solos los que presentan síntomas depresivos en mayor proporción. La buena percepción de la salud se asocia con una menor prevalencia de síntomas depresivos, y la fragilidad se asocia a una mayor proporción de padecer síntomas depresivos.

La elevada prevalencia de síntomas depresivos en la población estudiada justificaría la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a disminuirla. Para que estas acciones mejoraran los resultados, deberían centrarse en los aspectos relacionados con la presencia de síntomas depresivos y plantear nuevas líneas de investigación con diseños longitudinales.

## REFERENCIAS

1. Dabove Caramuto MI, Prunotto Laborde A, Barnett V. Derecho de la ancianidad : perspectiva interdisciplinaria. Editorial Juris; 2006. 324 p.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014. p. 264.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). British Psychological Society. 2010.
4. Toro R, Vargas J, Murcia S, Galtán N, Umbarlla D, Sarmlento K. Depresión mayor en la adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica-. 2014;4(2):147–53.
5. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Appl Psychol Meas. 1977 Jun;1(3):385–401.
6. Eaton W, Muntaner C, Smith C. Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale Baltimore: Johns Hopkins University. Prev Cent. 1998;
7. Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G, Alonso J. Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. van der Feltz-Cornelis C, editor. PLoS One [Internet]. 2016 May 16 [cited 2018 Jul 30];11(5):e0155431. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27182821>
8. Zavala G, Núñez L, Chavarría R, Ochoa L, Suazo N, Morales R, et al. Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, Marzo2011. Rev Fac Cienc Méd. 2011;8(2):9–22.
9. Barua A, Ghosh M, Kar N, Basilio M. Distribution of depressive disorders in the elderly. J Neurosci Rural Pract [Internet]. 2010 Jul [cited 2018 Jul 30];1(2):67–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21808506>
10. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World psychiatry. 2004 Feb;3(1):45–9.
11. Hasen T, Slagsvold B. The east-west divide in late-life depression in Europe: resulted from the generations and gender survey. Scand psychol. 2017;4(e4).
12. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras

- S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013;39(7):354–60.
13. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 11];5:363–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327033>
  14. Alvarado Garcia A, Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(6):57–62.
  15. Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar M, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(3):625–31.
  16. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–57.
  17. Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: *Social epidemiology* New Yor. 2000. p. 137–73.
  18. Rodríguez Laso A. El efecto de las relaciones sociales sobre la mortalidad en las personas mayores: el estudio envejecer en Leganés". Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
  19. DeMaio TJ. Refusals: Who, Where and Why. *Public Opin Q*. 1980 Jan 1;44(2):223.
  20. Escobar Bravo MÁ, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013 Mar;48(2):59–64.
  21. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2012;35(1):71–7.
  22. estrada restrepo alejandro, Cardona arango doris, María segura Cardona JaiMe ordóñez Molina Jorge Julián osorio gómez ángela, MarCela ChaVarriaga Maya lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados\* Depressive Symptoms in Institutionalized Elderly People and Factors Associated. 2013 [cited 2017 Sep 8];12(1):1657–9267. Available from: <https://www.cop-cv.org/db/docu/130715110112ILbs6w6tcQYj.pdf>
  23. Kok R, Avendano M, Bago d'Uva T, Mackenbach J. Can Reporting Heterogeneity Explain Differences in Depressive Symptoms Across Europe? *Soc Indic Res* [Internet]. 2012 Jan 15 [cited 2018 Jul 30];105(2):191–210. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-011-9877-7>
  24. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Res*. 2016 Sep 30;243:87–91.
  25. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2007;21(1):37–42.
  26. Ferlander S, Stickley A, Kislytsyna O, Jukkala T, Carlso P, Mäkinen I. Capital social ¿ Una bendición mixta para las mujeres? un estudio transversal de las diferentes formas de las relaciones sociales y la auto-evaluación de la depresión en Moscú. *BMC psychol*. 2016;4(37):1–23.
  27. Zavala-González M, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*. 2010;2(1):41–8.
  28. Ferreira PC dos S, Tavares DM dos S. Prevalência e fatores associados ao

- indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. Rev da Esc Enferm da USP. 2013 Apr;47(2):401–7.
29. Acosta Quiroz CO, Garcías Flores R. Ansiedad y depresión en adultos mayores. Psicol y salud. 2007;17(2):291–300.
  30. Kronfly E, Rivilla Frías D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Cornellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Atención primaria Publicación Of la Soc Española Fam y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol 47, N° 10, 2015, págs 616-625. 2015;47(10):616–25.
  31. Diaz de León E, Tamez H, Gutiérrez H, Cedillo J, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más. Med Clin (Barc). 2012 Apr 28;138(11):468–74.
  32. Carlos-Gil AM, Martínez-Pecino F, Molina-Linde JM, Villegas-Portero R, Romero-Tabares A, Aguilar-García J, et al. Predictores de fragilidad en el anciano. Rev multidiscipl gerontol. 2011;21(2):67–73.
  33. Sousa Pegorar M, dos Santos Tavares D. factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. Rev Latino-Am Enferm. 2014;22(5):874–82.
  34. Marroquin B, Nolen-Hoksema S. Regulación emocional y síntomas depresivos: relaciones cercanas y contexto social. JPers Soc Psychol. 2015;109(5):836–55.
  35. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2017 Jul;36:78–87.
  36. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. LoGerfo J, editor. PLoS One. 2013 Aug 12;8(8):e71712.
  37. Ferlander S, Stickley A, Kislitsyna O, Jukkala T, Carlson P, Mäkinen IH. Social capital – a mixed blessing for women? A cross-sectional study of different forms of social relations and self-rated depression in Moscow. BMC Psychol. 2016 Dec 22;4(1):37.
  38. Marroquín B, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. J Pers Soc Psychol. 2015 Nov;109(5):836–55.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia